

UNIVERSITE DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1923-1924 — N° 79

APPENDICITE ET GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Mercredi 27 Février 1924

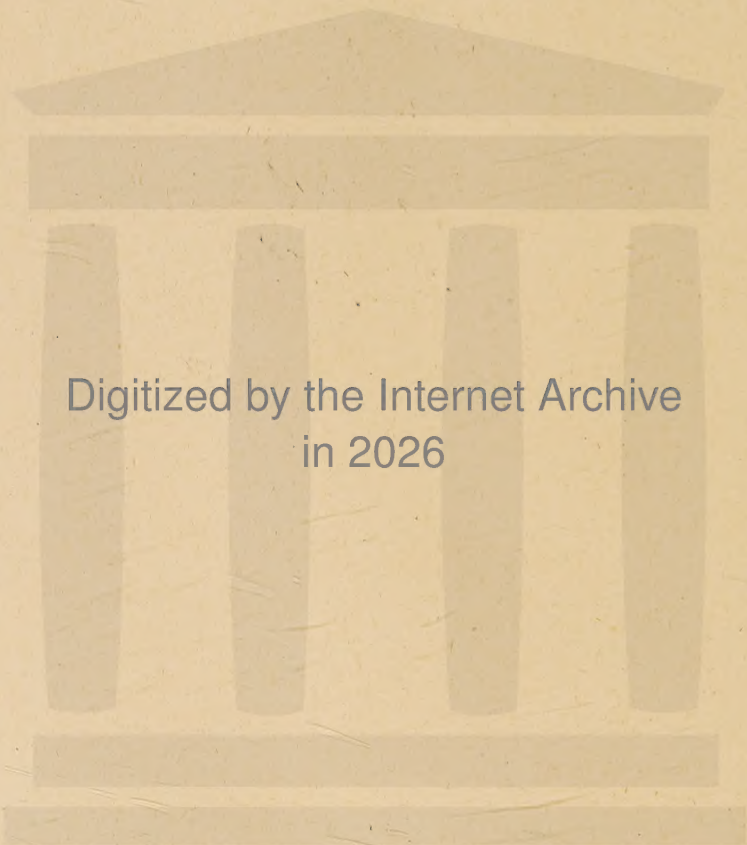
PAR

Jean-Robert GOYAU

Né à LUSSAC (Gironde), le 21 Septembre 1896.

Examineurs de la Thèse	{	MM. PRINCETEAU, professeur.....	Président.
		DENUCE, professeur.....	Juges.
		ROCHER, agrégé.....	
		PAPIN, agrégé.....	

BORDEAUX
IMPRIMERIE VICTOR CAMBETTE
91, Cours de la Marne, 91
1924



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITE DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1923-1924 — N° 79

APPENDICITE ET GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Mercredi 27 Février 1924

PAR

Jean-Robert GOYAU

Né à LUSSAC (Gironde), le 21 Septembre 1896.

Examineurs de la Thèse	{	MM. PRINCETEAU, professeur.....	<i>Président.</i>
		DENUCÉ, professeur.....	<i>Juges.</i>
		ROCHER, agrégé.....	
		PAPIN, agrégé.....	

BORDEAUX

IMPRIMERIE VICTOR CAMBETTE

91, Cours de la Marne, 91

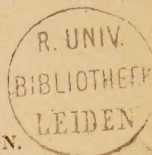
1924

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. LANELONGUE, BADAL, PITRES, ARNOZAN, POUSSON.



PROFESSEURS :

	MM.		MM.
Clinique médicale.....	VERGER.	Zoologie et parasitologie	MANDOUCL.
	CASSAËT.	Médecine expérimentale	FERRÉ.
Clinique chirurgicale	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique	LAGRANGE.
	VILLAR.	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie ..	DÉNUCÉ.
Pathologie et thérapeutique générales	CRUCHET.	Clinique gynécologique	BÉGOUIN.
Clinique d'accouchements	RIVIÈRE.	Clinique médicale des maladies des enfants ..	MOUSSOUS.
Anatomie pathologique et microscopie clinique ..	SABRAZES.	Chimie biologique et médicale	DENIGÈS.
Anatomie	PICQUE.	Physique pharmaceutique	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clinique des malad. exotiques	LE DANTE.
Physiologie	PACHON.	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	W. DUBREUIL.
Hygiène	AUCHE.	Pathologie ext. et chirurgie opérat. et expér.	GUYOT.
Médecine légale et déontologie	N.	Clinique des maladies nerveuses et mentales ..	ABADIE.
Physique biologique et clin. d'électricité médicale	BERGONIE.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURE.
Chimie	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée	BARTHE.
Botanique et matière médicale	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie	SELLIER.
Pharmacie	DUPOUY.		

MM. PRINCETEAU (Anatomie). — LABAT (Pharmacie).

CARLES (Thérapeutique et Pharmacologie). — PETGES (Vénéréologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie et embryologie.....	VILLEMEN.	Médecine générale.....	MICHELEA
Histologie.....	LACOSTE.		BONNIN.
Physiologie.....	DELAUNAY.	Maladies mentales.....	PERRENS.
Anatomie pathologique.....	MURATET.	Médecine légale.....	LANDE.
Parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS.		ROCHER.
	N.	Chirurgie générale.....	DUVERGEY.
Physique biologique et médicale.....	RÉCHOU.		PAPIN.
Chimie biologique et médicale.....	HERVIEUX.		JEANNENE.
	MAURIAC.	Obstétrique.....	PÉRY.
Médecine générale.....	LEURET.		FAUGÈRE.
	DUPERIE.	Ophtalmologie.....	TEULIÈRES.
	CREYX.	Oto-rhino-laryngologie.....	PORTMANT.
		Pharmacie.....	GOLSE.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

MM.		MM.	
Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.	Démonstrations et Préparations pharmaceutiques.....	LABAT.
Médecine opératoire.....	N.	Chimie.....	N.
Accouchements.....	PÉRY.	Pathologie interne.....	N.
Ophtalmologie.....	CABANNES.	Chimie analytique.....	N.
Puériculture.....	ANDÉRODIAS.	Hygiène appliquée.....	N.
Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes		ROCHER.	
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle.		GOURDON.	

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

*Faible témoignage de ma profonde
affection et de ma reconnaissance.*

A TOUS LES MIENS

A TOUS CEUX QUI M'ONT TÉMOIGNÉ DE L'AMITIÉ
ET DE LA BIENVEILLANCE

A MES CAMARADES MORTS POUR LA FRANCE

A MES MAÎTRES
DE LA FACULTÉ ET DES HOPITAUX

A MONSIEUR LE DOCTEUR RENÉ VILLAR

ANCIEN CHEF DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ

*Qui a bien voulu nous aider de ses
précieux encouragements et de sa solli-
citude éclairée.*

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE DOCTEUR PRINCETEAU

PROFESSEUR A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

CHIRURGIEN HONORAIRE DES HOPITAUX

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

Respectueux hommage.

APPENDICITE ET GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE

I

Introduction et Historique.

Parmi les affections abdominales, pourtant si nombreuses, l'appendicite peut être considérée comme étant la plus curieuse, la plus fréquente, la plus variable d'intensité et de gravité. Se manifestant par des crises douloureuses tantôt légères et espacées, tantôt aiguës et rapprochées, celles-ci prennent quelquefois un caractère d'extrême gravité dans les cas d'appendicites suppurées ou gangréneuses.

Beaucoup plus rares sont les observations de grossesse extra-utérine. S'il est bien établi aujourd'hui que l'appendicite est une folliculite infectieuse, lésion primitive et prépondérante précédée de lymphangite, nous admettons que la grossesse extra-utérine est le résultat d'un arrêt ou d'une déviation dans l'ordre du processus physiologique de la grossesse. Nous ignorons la raison de l'arrêt de l'œuf en un point anormal (aucune des hypothèses proposées n'est satisfaisante ou susceptible de généralisation), mais cette anomalie dans la fixation du produit de la conception entraîne des modifications anatomiques qu'il est possible de constater et dont l'aboutissant ordinaire est l'hémorragie.

Si une malade, dont l'âge permet la conception, se présente à nous avec de violentes douleurs abdominales prenant un caractère d'extrême gravité, nous penserons à l'existence possible d'une grossesse extra-utérine rompue avant même de penser à l'appendicite. Ultérieurement, la recherche des signes de grossesse normale d'abord, de grossesse anormale ensuite, nous aiguillera dans le sens du véritable diagnostic. La question des relations entre la grossesse extra-utérine et l'appendicite, qui fait l'objet de notre étude, se présente sous deux formes :

1° Il y a coexistence des deux affections ; les cas de ce genre sont assez rares ;

2° L'affection prise pour une appendicite se présente brusquement sous la forme d'une grossesse ectopique : ce sont les cas les plus fréquents.

Nous envisagerons la question dans l'ordre et sous les deux formes qui précèdent.

Le Docteur René Villar a eu l'occasion, récemment, d'observer un cas de ce genre, et il nous a demandé d'étudier la question et d'en faire le sujet de notre thèse inaugurale. Qu'il reçoive ici l'expression de notre gratitude.

Nous sommes heureux d'exprimer à M. le Professeur Princeteau nos respectueux sentiments de vive gratitude pour l'honneur qu'il nous fait en présidant ce modeste travail et pour la bienveillance avec laquelle il nous a accueilli.

Nous remercions également notre Maître, M. le Professeur Duvergey, de l'amabilité avec laquelle il a mis à notre disposition une observation et des documents qui nous ont permis de compléter notre étude.

Notre travail comprendra d'abord un chapitre résumant l'aspect clinique de l'appendicite d'une part, de la grossesse extra-utérine d'autre part. Le chapitre suivant sera consacré à l'étiologie, la pathogénie et l'anatomie pathologique des

deux affections existant simultanément. Le diagnostic constituera le chapitre le plus important : nous chercherons à montrer en premier lieu comment il est possible d'affirmer la coexistence de l'appendicite et de la grossesse extra-utérine, nous insisterons ensuite sur les symptômes qui, dans le tableau clinique, nous permettent de diagnostiquer séparément l'une ou l'autre de ces deux affections. Nous terminerons par un chapitre sur les complications possibles, le pronostic et le traitement.

Qu'il nous soit permis de mentionner brièvement quelques-uns des travaux de nos prédécesseurs. Nos connaissances sur l'association de la grossesse extra-utérine et de l'appendicite ou sur la différenciation clinique de ces deux maladies sont de date relativement récente. Les auteurs classiques se contentent de signaler cette association, ou même sont entièrement muets sur celle-ci. Citons : Segond, dans le *Traité de Duplay et Reclus* ; Guinard, dans celui de Le Dentu et Delbet ; Pozzi, dans sa *Gynécologie* ; Brindeau, dans le *Manuel d'accouchement*.

En 1902, Legueu, Pothérat, Pinard et d'autres exposent la question devant la Société de Chirurgie et la Société d'Obstétrique. Les relations entre la grossesse extra-utérine et l'appendicite y font l'objet d'intéressantes discussions. A partir de cette époque, les observations publiées sont nombreuses ; citons celles de Chevalier, Aguinet, Témoin en France, de Gasbarrini en Italie, de Cathomas en Allemagne.

Utilisant ces documents, Fesq, en 1911, soutient sa thèse devant la Faculté de Médecine de Paris sur « La Grossesse extra-utérine et l'Appendicite » et fait une mise au point de la question. A Lausanne, en 1912, Bonifazi fait une thèse sur le même sujet. Les observations sur lesquelles portent ces deux études importantes sont uniquement des cas d'erreur de diagnostic, la grossesse ectopique ayant été prise pour une appendicite.

A partir de ce moment, l'attention des chirurgiens paraît

avoir été attirée sérieusement sur la possibilité de cette erreur.

En 1912, le Professeur Duvergey insiste sur un point de pathogénie : une ancienne appendicite peut être la cause d'une grossesse extra-utérine. D'autres observations semblables sont publiées par Berthomier, Stein et Bevan. Enfin, quelques auteurs font connaître plusieurs cas d'association d'appendicite et de grossesse extra-utérine ; nommons : Hill, Hewart, Allen, Venot et René Villar, dont l'observation est le point de départ de notre travail.

II

Étude clinique de l'appendicite et de la grossesse extra-utérine.

Pour pouvoir étudier et distinguer deux affections, admettre leur présence simultanée chez le même individu, il faut connaître l'une et l'autre de ces deux affections. Aussi nous paraît-il indispensable, avant d'aller plus avant dans l'étude de l'appendicite et de la grossesse extra-utérine, de résumer en un chapitre l'histoire clinique de l'appendicite d'une part, de la grossesse extra-utérine d'autre part et de préciser leurs caractères les plus importants que nous devons considérer, dans l'état actuel de la science, comme pathognomoniques.

A). — L'appendicite.

L'appendicite est l'inflammation plus ou moins intense de l'appendice vermiculaire, intestin foetal, organe lymphatique et glandulaire logé dans la fosse iliaque droite. Cette affection est très fréquente et se manifeste sous deux formes pathologiques principales et sous plusieurs aspects cliniques.

Cabot (Differential diagnosis), dans une statistique faite sur les affections de la fosse iliaque droite et sur 1.747 cas observés, trouve :

Appendicite	1.169 cas, soit 66 $\frac{1}{2}$ %.
Grossesse extra-utérine..	23 cas, soit 1 $\frac{1}{2}$ %.

I. — *L'appendicite aiguë.*

L'appendicite aiguë est caractérisée par une douleur spontanée, brusque et violente, quelquefois syncopale, intense dans tout l'abdomen, mais particulièrement autour de l'ombilic. La douleur péri-ombilicale est un signe accusé par la majorité des malades et doit frapper l'attention du clinicien.

A la palpation, la douleur dans la fosse iliaque droite, bien moins accusée dans les premiers jours, se précise ensuite quand on s'éloigne de la crise pour avoir son foyer maximum au point de Mac Burney, situé sur la ligne spino-ombilicale droite, à deux pouces de l'épine iliaque antéro-supérieure. Notons aussi l'hyperesthésie et la contracture musculaire de défense de la paroi (signe de Dieulafoy).

Parallèlement à la douleur marche l'inhibition ou peut-être la paralysie intestinale, caractérisée par un arrêt absolu des gaz et des matières. Ce symptôme est encore un des plus importants signes cliniques. Il existe des appendicites aiguës avec diarrhées, mais elles sont l'exception.

Ces deux premiers signes capitaux dans l'appendicite aiguë au début : douleur péri-ombilicale et arrêt des gaz et des matières, sont accompagnés d'un troisième presque constant : la température.

La malade atteinte d'appendicite aiguë a toujours de la fièvre.

C'est plus tard seulement que la température peut s'abaisser avec ou sans dissociation du pouls, suivant qu'il y a soit gangrène ou appendicite suraiguë, soit perforation intestinale avec évacuation de l'abcès appendiculaire dans le rectum.

Dans la production de la gangrène, l'infection joue le rôle prépondérant; cette gangrène est le plus souvent partielle et se traduit au voisinage de la pointe de l'appendice par des plaques irrégulières, blanches, grisâtres ou bron-

zées, qui entament plus ou moins la circonférence de l'organe.

La perforation siège surtout à la pointe de l'appendice, rarement vers l'union du cœcum et de l'organe. Gangrène et perforation sont des lésions qui résultent de la destruction des éléments anatomiques de la paroi par les toxines microbiennes.

Le plus souvent l'examen du sang révèle une leucocytose abondante.

L'appendicite aiguë est accompagnée de phénomènes accessoires tels que : vomissements, ictère. Si le vomissement est fréquent, banal et sans intérêt clinique, l'ictère et le vomito-negro sont des complications importantes et redoutables.

Dans les jours qui suivent l'accès initial, la douleur se localise dans le flanc droit, l'inflammation gagne le péritoine et, à la palpation, nous constatons bientôt un empâtement de la fosse iliaque droite, plastron épaissi et dur, révélant le processus d'enkystement, barrière d'adhérences qui, à ce titre, est d'une heureuse signification. S'il ne survient aucune complication, s'il n'y a pas d'abcès appendiculaire, au bout de 12 à 13 jours la malade entre en convalescence.

Le toucher vaginal ou le toucher rectal révèlent parfois une tuméfaction douloureuse en haut et à droite au-dessus du pelvis. Rien de particulier dans le caractère des menstrues.

II. — *L'appendicite chronique.*

Après le déclin d'une appendicite aiguë, de moyenne importance généralement, il persiste un foyer inflammatoire latent dans l'appendice. Le moindre accident réveille « la crise » qui prend alors l'aspect d'une appendicite aiguë à répétition.

L'appendicite chronique d'emblée est caractérisée par de la douleur siégeant habituellement dans la fosse iliaque

droite, d'intensité variable, mais rarement syncopale. Au moment de l'accès, il existe de la fièvre, des vomissements, de la constipation ou de la diarrhée. Dans l'intervalle des accès, les malades se portent bien. Ils ressentent quelquefois une douleur spontanée persistante dans leur flanc droit ; sauf quelques rares exceptions, l'examen direct de la région malade provoque une douleur plus ou moins vive.

Au point de vue pratique, n'ayant pas assisté à l'accès et le malade ayant été examiné dans l'intervalle de deux crises, le diagnostic d'appendicite chronique se fait par les anamnethiques et par la douleur provoquée aux différents points d'élection de l'appendicite.

III. — *Formes cliniques exceptionnelles de l'appendicite.*

Nos descriptions de l'appendicite aiguë et de l'appendicite chronique s'adressent aux formes cliniques les plus fréquentes. Mais qu'il s'agisse d'appendicite aiguë ou d'appendicite chronique, l'une ou l'autre peut revêtir des formes cliniques exceptionnelles. Nous ne ferons que mentionner la forme haute sous-hépatique, elle ne nous intéresse pas autrement puisqu'elle n'a pas de rapports possibles avec une grossesse ectopique. Par contre, nous devons mentionner le cas d'appendicite siégeant à gauche ; nous en citons un cas dans l'une de nos observations. Disons tout de suite qu'il s'agit là de grandes exceptions. Dans ces cas, il y a ectopie cœcale, l'intestin glisse vers la gauche ; à la faveur d'une adhérence, l'appendice est fixé dans la fosse iliaque gauche. On comprend facilement qu'une pareille anomalie, qu'une appendicite gauche, surtout chez la femme, donne lieu à des erreurs de diagnostic absolument inévitables.

Enfin, il existe une appendicite pelvienne. Dans ce cas, tous les phénomènes se passent dans le petit bassin. Il est probable encore que chez la femme les lésions inflammatoires qui accompagnent l'appendicite pelvienne empêcheront souvent d'en faire le diagnostic exact.

B). — La grossesse extra-utérine.

Une grossesse est extra-utérine ou ectopique chaque fois que l'œuf se développe hors de la cavité utérine.

« Les causes qui provoquent le développement de l'ovule fécondé en un lieu anormal sont variables. On a incriminé l'inflammation de la trompe, la perte de ses cils, la desquamation de l'épithélium, le rétrécissement de l'ostium uterinum. Mais, comme l'intégrité des trompes a été prouvée dans d'autres cas, ce ne sont là qu'hypothèses, et peut-être l'arrêt de l'ovule en situation anormale ne dépend-il que de causes fortuites. On a invoqué aussi une prédisposition anatomique symétrique (pavillon ou conduit accessoires), qui expliquerait peut-être la fréquence relative, chez certaines femmes, de la récurrence des grossesses ectopiques dans la trompe restante, après ablation de l'autre trompe, fréquence qui semble être de 4 à 5 % (Lejars). »

L'œuf fécondé peut s'arrêter en différents points de sa route, dans la trompe le plus souvent, dans la cavité abdominale quelquefois, sur l'ovaire exceptionnellement.

La grossesse extra-utérine n'étant pas une inflammation, son histoire clinique ne peut pas être comparée à celle de l'appendicite. Nous allons donc suivre un ordre différent dans notre description et décrire les signes caractéristiques de chacune des phases de cette grossesse anormale.

I. — *Signes communs à toutes les formes de grossesse ectopique.*

Du moment qu'il y a grossesse, nous devons en trouver tous les signes habituels. Le premier et le plus important est la suppression des règles. Nous insistons particulièrement sur le fait capital suivant : chez toute femme étant dans la période active de la vie génitale et accusant une suppression des règles, nous devons toujours penser en premier lieu à une grossesse.

Certes, nous connaissons des exemples de femmes enceintes et réglées ; la présence des menstrues n'exclue donc pas la grossesse. De même, nous savons qu'il existe des femmes non réglées (en dehors de la période de lactation) et cependant celles-ci ne sont pas enceintes. Mais, dans ces divers cas, il y a toujours une cause pathologique souvent très difficile à dépister.

Aucune considération particulière, tel que le rang social, l'âge, la profession, ne peut battre en brèche ce principe fondamental ou le faire oublier.

Cette aménorrhée, que nous considérons comme un signe capital de grossesse ectopique, n'est pas absolue ; il y a quelquefois élimination par le vagin de fragments de caduque utérine traduisant le plus souvent la formation d'un hématosalpinx.

Pendant la grossesse, la pression des seins provoque au niveau du mamelon l'écoulement d'un liquide séreux et blanchâtre : le colostrum. C'est un signe important et souvent négligé sur lequel nous insistons.

Les autres symptômes de la grossesse : troubles dyspeptiques, constipation, besoins fréquents d'uriner, vomissements, envies, modifications du goût et du caractère, etc... sont des signes secondaires qui viennent renforcer la valeur des deux précédents, mais n'ont par eux-mêmes qu'une valeur pratique relative. Nous insisterons cependant sur le caractère particulier des vomissements qui sont matinaux, muco-glaireux, alimentaires parfois et enfin périodiques ou exceptionnellement incoercibles.

Chez une femme normalement enceinte, le toucher vaginal donne de précieux renseignements ; il en est de même dans le cas d'une grossesse extra-utérine. Les résultats du toucher dans ce cas sont variables avec la forme, l'âge et l'état de la grossesse anormale.

Dans quelques cas, et au début, le toucher ne fournit que peu de notions intéressantes. Mais, le plus souvent, la gestation, même extra-utérine, se manifeste par une aug-

mentation de volume du corps de l'utérus qui peut atteindre 12 à 14 centimètres de longueur et le ramollissement du col. On sent une tumeur annexielle unilatérale (les cas de grossesse tubaire bilatérale sont une rareté) et à peu près indolente. Le kyste fœtal, dès qu'il a acquis un certain volume, est distingué de l'utérus gravide par son immobilisation due à des adhérences péritonéales et par l'absence des contractions.

II. — *Signes particuliers à la grossesse extra-utérine.*

Nous avons vu que, dans la majorité des cas, la grossesse anormale était tubaire, c'est-à-dire que l'œuf s'était fixé dans la trompe. Pour celle-ci, le produit de la conception est un corps étranger dont elle cherche à se débarrasser. Les contractions tubaires, la femme les ressent sous forme de coliques et de douleurs lancinantes. L'aboutissant de ces contractions est l'avortement, qui se fait exceptionnellement par voies naturelles (Pinard estime que l'avortement à travers l'orifice utérin n'existe pas), rarement par avortement tubo-abdominal (la preuve est difficilement établie) ou habituellement par rupture de la trompe.

Dans le premier cas, on peut rencontrer tous les signes de l'avortement normal dont le principal symptôme est l'hémorragie avec caillots. Dans le second cas, cet avortement passe le plus souvent inaperçu parce qu'il n'engendre généralement que des complications sans gravité ; les hématomas qui lui succèdent se résorbent très souvent spontanément. « Cet avortement tubaire ne peut avoir lieu qu'autant que le pavillon de la trompe est encore perméable, c'est-à-dire ordinairement pendant les cinq premières semaines (Bland-Sutton). » Enfin, dans le dernier cas, le siège de prédilection de la rupture serait, suivant Couvelaire, au niveau du point d'attache de l'œuf sur la paroi qui lui a donné l'hospitalité.

Dans le cas de rupture de la trompe, il se produit une

hémorragie qui peut évoluer de plusieurs manières. Si la muqueuse de la trompe est saine, si le péritoine environnant est sain, l'hémorragie est franche et souvent foudroyante ; c'est le grand épanchement, c'est l'inondation péritonéale. Si la trompe est altérée par une ancienne inflammation, si le péritoine est cloisonné pour le même motif, l'écoulement sanguin se fait lentement ; la syncope peut, elle aussi, retarder l'écoulement.

L'hémorragie qui n'est pas suivie de mort immédiate entraîne une réaction de défense de la part de l'organisme qui se traduit par l'enkystement de la masse sanguine extravasée. Cet enkystement porte le nom d'hématocèle rétro ou périutérine, nom qui indique tout de suite le symptôme, décelable au toucher, de la masse ferme remplissant un ou plusieurs culs-de-sacs utérins. L'enkystement se termine par la résorption extrêmement lente accompagnée d'une légère élévation thermique ou par la suppuration rapidement extériorisée. Nous rappelons *que la grossesse extra-utérine non compliquée est apyrétique.*

Avant de porter un diagnostic définitif lorsqu'une malade se présente à nous et accuse des symptômes analogues à ceux décrits précédemment, il faut savoir penser à une grossesse anormale chaque fois que des troubles se produisent dans la menstruation.

III

Étiologie. — Pathogénie. — Anatomie pathologique.

Laissant de côté l'étiologie, la pathogénie et l'anatomie pathologique propres à l'appendicite et à la grossesse extra-utérine, nous allons chercher à montrer quelle est la genèse de l'association pathologique de ces deux affections.

A l'état normal, *les rapports anatomiques* de la trompe droite et de l'appendice ne sont que des rapports de voisinage. Mais le diverticule appendiculaire, organe rudimentaire, présente toutes les variabilités des organes régressifs en voie de disparition. La direction est tantôt droite, tantôt flexueuse, ou même tordue en spirale. Sa longueur moyenne est de 9 centimètres, mais peut varier de 2 à 24 centimètres. Il est le plus souvent mobile grâce à un repli péritonéal, méso-appendice, qui l'attache lachement au bord inférieur de l'iléon ; mais on peut le trouver adhérent aux organes voisins. Le méso-appendice qui le rattache au cœcum et à la portion terminale du mésentère est parfois relié (dans la proportion de 20 % d'après Lafforgue) au bord supérieur du ligament large du côté droit par un repli qui a été signalé par Clado sous le nom de ligament appendiculo-ovarien. Dans ce repli cheminent des lymphatiques unissant l'ovaire à l'appendice. Il résulte de cette disposition qu'une lésion des annexes peut parfois retentir sur l'appendice et réciproquement.

L'appendice enflammé contracte avec les formations avoisinantes et avec les parois de la fosse iliaque des

adhérences toujours nombreuses entraînant les conséquences suivantes :

a) Dans l'appendicite aiguë à forme légère : aucune action. Dans les cas plus marqués avec péritonite localisée ou abcès appendiculaires (surtout pelviens), les adhérences qui existent alors avec la trompe peuvent immobiliser celle-ci, la couder ou la fixer vicieusement et empêcher ainsi la migration normale de l'ovule fécondé.

b) Dans l'appendicite chronique, ces mêmes adhérences, devenues épaisses et inextensibles, entraînent les mêmes conséquences que précédemment. Soit que l'appendice adhère directement à la trompe (par exemple dans les cas de longueur excessive de l'organe ou d'ectopie appendiculaire), soit qu'il y adhère à distance, soit qu'une de ces adhérences reliant l'appendice à un organe voisin forme une bride résistante sur laquelle la trompe vient se souder.

Nous avons pu réunir 35 observations dans lesquelles ou bien une erreur de diagnostic a été commise en prenant une grossesse extra-utérine pour une appendicite, ou bien l'association des deux affections était réelle. L'erreur de diagnostic a été faite 18 fois ; l'association existait 17 fois.

Un point important dans l'étiologie est l'âge des malades. Nous nous contenterons de rapporter la statistique suivante sans y joindre aucun commentaire :

Malades de 20 à 30 ans.....	18
Malades de 30 à 40 ans.....	11
Malades de 40 à 45 ans.....	5
Malades de 45 à 50 ans.....	1

Au point de vue étiologique, nos observations renferment peu de documents intéressants. Dans le cas d'erreur de diagnostic, la grossesse ectopique peut siéger à gauche (9 fois sur 35 cas observés). Signalons comme particularité exceptionnelle le cas curieux de Launay où les deux trompes étaient rompues.

La nidation anatomique de l'œuf, peu importante au point de vue étiologique, intéresse surtout la pathogénie.

La prédisposition familiale est nette dans un cas : celui de Hill, où deux sœurs sont atteintes d'appendicite et présentent toutes les deux une grossesse ectopique.

Les deux derniers points que nous venons de signaler : nidation anatomique et hérédité familiale, sont du domaine de la pathogénie. Nous n'insisterons pas sur l'hérédité. Quant à la nidation de l'œuf, elle est sinon importante, du moins intéressante. Généralement, comme dans les grossesses extra-utérines simples, l'ectopie est tubaire. M. Duvergey a montré que la nidation pouvait se faire ailleurs; nous rapportons son observation, très intéressante pour la pathogénie de l'affection.

OBSERVATION I (Professeur agrégé Duvergey.)

Il s'agit d'une femme de 22 ans qui, à 18 ans, eut une crise d'appendicite grave suppurée, opérée à chaud à Paris. Elle se maria en novembre 1910 et, en août 1911, elle se trouva enceinte. Le 10 août, cette femme perd du sang. Le 25 août, perdant toujours du sang, elle consulte un médecin accoucheur qui ne trouve rien d'anormal.

Examinée le 15 septembre dans notre service, nous nous trouvons en présence d'une malade très maigre, ayant le soir 38°2, le matin 36°6 de température, un pouls à 120. Son bas-ventre est le siège d'une voussure considérable. Au toucher on trouve l'utérus et son col plaqués en avant et en haut contre la symphyse, soulevés par une masse volumineuse bombant dans le cul-de-sac postérieur. Diagnostic : hématocele rétro-utérine à poussées successives, consécutive à une grossesse ectopique droite.

Le 20 septembre. — Colpotomie et drainage. Il s'écoule du sang rouge et des caillots ; l'hémorragie continue.

Le 23 septembre. — Laparotomie. La trompe droite, saignante, se trouve englobée dans des adhérences. Salpingectomie droite. Drainage abdominal et vaginal. Guérison.

Notons ce fait intéressant que cette malade eut en 1920 une grossesse normale suivie d'un accouchement normal.

L'œuf était implanté non dans la cavité tubaire, mais à la surface de la trompe, sur la séreuse. Rien du côté de la muqueuse, mais sur la face externe une portion villeuse sanguinolente avait occasionné l'hémorragie intrapéritonéale.

Les adhérences ayant pris naissance dans le voisinage du foyer appendiculaire avaient privé la trompe de sa mobilité. Aussi l'ovule, au lieu d'être saisi à sa déhiscence ovarienne par le pavillon tubaire, était-il tombé dans la cavité abdominale.

Cette explication ressort clairement des constatations anatomiques : l'œuf était fixé sur la surface externe de la trompe. Dans le cas de grossesse tubaire, on peut admettre une explication différente : l'arrêt de l'ovule produit par une coudure de la trompe. La coudure elle-même est produite par des adhérences péri-appendiculaires. Berthomier, de Moulins, en a rapporté trois cas. René Villar, dans son observation que nous rapportons plus loin, signale l'existence d'une bride appendiculaire tirant sur la trompe dans laquelle s'est développée la grossesse.

Il est encore probable que les accidents présentés par la malade de Stewart dans l'observation ci-dessous sont à mettre sur le compte des adhérences appendiculaires.

OBSERVATION II (Stewart.)

Le 19 septembre 1912, je fus appelé auprès d'une femme âgée de 23 ans pour des douleurs abdominales. A l'examen, je trouve un ventre gros, surtout dans la région iliaque gauche. Deux jours avant, la malade avait eu une crise douloureuse aiguë. Actuellement, elle est pâle, présente un pouls à 102, une température normale. Le ventre est sensible et, au palper, on

sent une masse dans la région iliaque gauche. Les règles ont toujours été normales mais, depuis trois semaines, la malade n'est plus réglée. Depuis qu'elle est malade, la patiente perd un peu de sang. Les mictions sont douloureuses et fréquentes. Les seins sont gonflés et on peut faire sourdre à la pression un peu de liquide clair.

Depuis un an, la malade a souvent des crises douloureuses, durant cinq jours et disparaissant pendant des semaines. Mais, malgré tout, la malade sent toujours une gêne légère dans la région abdominale gauche, et cette gêne est aggravée par l'alimentation et les mouvements péristaltiques de l'intestin. Amaigrissement.

Au toucher, on trouve une masse ferme dans le Douglas, en rapport avec le ligament large. Le cul-de-sac gauche est très sensible. Diagnostic : avortement. Les douleurs et le volume de la masse sont mis sur le compte de l'inflammation.

Le 24 septembre, nouvelle crise, pouls à 120, température subnormale, situation grave ; hémorragie utérine. Curettage : on ne trouve point de membrane. L'hémorragie cesse. Diagnostic : grossesse extra-utérine.

Le 3 octobre, opération. Ouverture à gauche. On ne trouve pas le sac de l'hématocèle comme on s'y attendait, mais l'appendice enflammé, ayant entraîné l'intestin sur la gauche. Incision médiane : on trouve une grosse hématocèle enkystée que l'on enlève. Appendicectomie.

Appendicite chronique ; l'appendice est passé à gauche avec le cœcum. Adhérences autour du ligament large. Grossesse tubaire de six semaines, rompue, limitée par des adhérences.

Dans ce cas particulier, nous pensons que cette malade avait d'abord un méso-cœcal long, ce qui permit à l'intestin et à l'appendice de tomber dans le flanc gauche. L'appendice une fois enflammé s'y était fixé et avait provoqué de la péri-appendicite gauche qui avait englobé la trompe. Cette immobilisation de la trompe fut la cause de la grossesse tubaire, laquelle, grâce aux adhérences, s'était rapidement enkystée.

IV

Diagnostic de différenciation et diagnostic d'association

Dans ce chapitre consacré au diagnostic, nous allons chercher à montrer, en étudiant chacun des principaux signes énumérés dans le deuxième chapitre de notre travail, comment il est possible d'affirmer la présence de la grossesse extra-utérine ou de l'appendicite, ou la coexistence des deux affections.

A). — Diagnostic de différenciation.

Etudions la valeur de chacun de ces symptômes comparativement aux deux affections.

Ce qui frappe d'abord la malade physiquement et moralement, c'est *la douleur*. Nous avons vu que la douleur dans l'appendicite était surtout péri-ombilicale, violente mais non syncopale et d'intensité variable. La douleur dans la grossesse extra-utérine avant la rupture est aussi d'intensité variable ; elle est brusque et horrible au moment de la rupture, provoquant le plus souvent la syncope ou un état syncopal. Son siège est dans une des deux fosses iliaques.

Devant cette distinction schématique des caractères de la douleur, l'erreur paraît impossible. Malheureusement il n'en est rien. Des cliniciens de valeur se sont laissés induire en erreur par cette douleur trop capricieuse. Peut-être n'ont-ils pas attribué assez d'importance à son siège qui, dans l'appendicite, se trouve fréquemment ailleurs

que dans le flanc droit, alors que la notion classique ou trop enracinée veut que le siège de la douleur appendiculaire soit au point de Mac Burney ? Quoiqu'il en soit, des erreurs, sans doute inévitables, ont été commises. En voici un premier exemple.

OBSERVATION III (Professeur Venot.)

J'ai opéré récemment, dans mon service, une malade qui présentait nettement une histoire d'appendicite chronique. Cette affection avait, depuis deux ans, provoqué plusieurs crises douloureuses aiguës. La malade fut envoyée à l'hôpital à la fin d'une de ces crises.

Cette femme avait aussi un col un peu mou, un utérus un peu gros et quelques pertes sanguinolentes ; mais, comme elle avait eu cinq grossesses assez rapprochées les unes des autres, je n'attribuais pas d'importance à ces quelques symptômes utérins.

Je l'opérai donc pour son appendicite par l'incision de Jalaguier et je trouvai, après avoir relevé le bord externe du muscle droit, une coloration noirâtre qui apparaissait à travers le péritoine et l'aponévrose. Après ouverture du péritoine, il s'écoule une petite quantité de sang noir, environ un verre à Bordeaux.

J'enlevai l'appendice qui était gros, court, avec quelques adhérences lâches, et je prolongeai l'incision vers le bas pour avoir du jour. Je trouvai alors la trompe droite en train de faire un avortement tubaire abdominal.

Cette malade avait manifestement une appendicite constatée cliniquement et anatomiquement. Il est certain aussi qu'au moment de la dernière « crise » la malade préparait un avortement tubaire.

Venot lui-même prétend que l'erreur de diagnostic devait être évitée ; l'état de l'utérus obligeait à penser à la grossesse probable. C'est la douleur qui a conduit à l'erreur et, dans

ce cas particulier, la douleur de l'avortement simulait une crise d'appendicite aiguë semblable à celles que la malade avait déjà dû supporter plusieurs fois.

Dans toutes les observations où la douleur a servi de base au diagnostic d'appendicite, elle siégeait uniquement à droite. Dans quelques cas exceptionnels, elle peut être généralisée dans tout l'abdomen et accentuée à droite, mais d'autres symptômes importants ou accessoires imposent le diagnostic de grossesse extra-utérine.

Nous retenons ce fait : le symptôme douleur est un très mauvais signe de diagnostic différentiel tant que son caractère reste imprécis. Aussi jugeons-nous prudent de baser notre diagnostic sur d'autres symptômes sans pour cela négliger ce facteur important.

La température et le pouls ont été quelquefois considérés comme secondaires. Dans la question qui nous occupe, nous pensons au contraire qu'il est nécessaire d'en tenir grand compte; la lecture des observations nous oblige à constater que le résultat de leur étude fut peut-être trop timidement mentionné.

Par définition, l'appendicite étant une inflammation, tous les malades présentant de fortes crises d'appendicite auront de la fièvre et un pouls rapide. La dissociation entre ces deux éléments n'apparaîtra que plus tard et se traduira par un abaissement de la température au-dessous de la normale et une augmentation du nombre des pulsations, devenues presque imperceptibles.

Par contre, la grossesse extra-utérine en elle-même est apyrétique ; mais nous constaterons ordinairement, dès le début, une augmentation du nombre des pulsations ayant conservé leur intensité normale.

Nous admettons le principe suivant : une appendicite d'une gravité telle qu'il y a possibilité de confusion avec une grossesse extra-utérine est toujours accompagnée d'une élévation de température importante et durable. La grossesse ectopique évolue généralement sans fièvre. Dans le

cas de dissociation entre pouls et température, nous nous aiderons d'autres symptômes pour étayer notre diagnostic.

Le syndrome intestinal a une grande valeur pour le diagnostic, surtout celui de l'appendicite dont il est beaucoup plus fréquemment l'apanage. Certains auteurs signalent la constipation dans des cas de grossesse extra-utérine, d'autres prétendent avoir constaté l'arrêt des gaz et des matières chez leurs malades ; mais, à notre avis, cela est plutôt exceptionnel. De plus, la constipation accusée par les malades est un signe bien infidèle ; elle existe souvent sans lésion, elle existait avant l'accident, elle existe au moment de la crise.

Au point de vue intestinal, il est préférable de tenir compte des petits signes gastro-intestinaux. Chez l'appendiculaire la langue est sèche ; chez la femme enceinte elle est humide, même en pleine rupture ou avortement. Les vomissements sont l'exception dans un accident de grossesse ; ils sont la règle dans l'appendicite. Signalons enfin le ténésme rectal prémonitoire de la rupture d'une grossesse ectopique. Il reste donc acquis que les accidents intestinaux : langue saburrale, vomissements, constipation ou diarrhée, mais surtout l'arrêt complet des gaz et des matières, sont l'indice d'une appendicite et que tous ces signes font le plus souvent défaut dans la grossesse extra-utérine.

A côté du syndrome intestinal se place *le syndrome péritonéal*. On désigne sous ce nom un ensemble de symptômes à délimitation malaisée qui traduit l'irritation septique ou mécanique du péritoine. On l'observe dans les péritonites appendiculaires et dans l'ictus péritonéal déterminé par un épanchement. Il comporte la douleur généralisée, le pouls rapide, les réactions sur les divers organes recouverts par le péritoine (vomissements, hoquet, arrêt des gaz et des matières), phénomènes dont nous avons déjà parlé ; en plus, l'hyperesthésie, l'anxiété, la dyspnée, le faciès péritonéal. On peut retrouver au cours de l'inondation tous les éléments de ce syndrome bien connu dans

l'appendicite. Aussi, en présence d'une malade rappelant ce syndrome péritonéal, sera-t-il prudent de se prononcer en faveur d'une appendicite, et prendra-t-on toutes les précautions pour écarter la grossesse extra-utérine.

Nous voudrions encore attirer l'attention sur un point particulier. La notion du *gâteau péritonéal*, symptôme d'appendicite, est tellement répandue, que la présence de ce signe fera porter sûrement le diagnostic d'appendicite. Cependant, l'observation suivante nous invite à être prudents.

OBSERVATION IV (Launay et Séguinot.)

Il s'agit d'une femme de 26 ans qui n'a jamais été malade. Elle est réglée depuis l'âge de 13 ans, les règles sont régulières et indolores. Pas de leucorrhée. L'interrogatoire approfondi n'a révélé aucun signe de métrite ou de salpingite antérieure. Pas d'enfant, pas d'avortement. Rien de spécial dans les antécédents héréditaires. Il n'y a pas de jumeaux dans la famille.

Le 24 octobre 1910, la malade a été prise de violentes douleurs dans le flanc droit avec vomissements. Le médecin appelé fait le diagnostic d'appendicite aiguë. Glace et diète absolue. Les phénomènes douloureux augmentant, et l'état général devenant plus mauvais, la malade entre d'urgence. Les douleurs siègent dans le flanc droit, surviennent par crises et s'accompagnent de vomissements. La palpation de l'abdomen accuse une contracture des deux muscles droits. On a la sensation du « ventre de bois ». Dans la fosse iliaque et dans le flanc droits, une percussion légère montre l'existence d'une zone de matité étendue de la région sous-hépatique à la cavité pelvienne et ne dépassant pas la ligne médiane.

La palpation, très douloureuse, ne permet pas de délimiter le plastron, la douleur est surtout marquée dans la fosse iliaque droite. A gauche, la douleur existe, mais elle est moins intense.

Le toucher vaginal ne révèle rien de particulier. L'état général est mauvais : nez pincé, yeux excavés, langue sèche. Les urines sont peu abondantes, la constipation est absolue.

Le pouls est à 100, la température atteint 38°. Diagnostic : appendicite.

Traitement : glace et diète absolue.

Les jours suivants, la température tombe à 37°5; la douleur gauche diminue, la langue devient humide, l'état général s'améliore. Le 27 octobre, la malade présente un ictère intense avec coloration foncée des téguments et des conjonctives, pigments biliaires abondants dans les urines.

Pas de température, pas de phénomènes hépatiques. Le plastron de la fosse iliaque droite, qu'il est possible maintenant de délimiter par la palpation, est toujours aussi étendu et aussi dur, mais moins douloureux.

Le 1^{er} novembre, la température monte à 39° ; la malade présente une parotidite droite avec écoulement de pus par l'extrémité buccale du canal de Stenon. En 48 heures, la température tombe à 38°, la parotidite diminue. Toujours même volume du plastron, mais il n'y a pas de douleur. Le 3 novembre, on commence l'huile de ricin et les lavements d'huile. Le 6 novembre, on supprime la glace.

Le 10 novembre, la malade est prise de douleurs sourdes dans le flanc droit. La palpation du plastron redevient très sensible. Pas de température ; sous l'influence de la glace et de la diète, les phénomènes subaigus s'amendent.

Le 14 novembre, à 11 heures du soir, la malade ressent une violente douleur dans le flanc gauche se généralisant rapidement à toute la cavité pelvienne. L'interne de service, M. Séguinot, appelé d'urgence, apprend que la malade cachait un retard de règles de trois mois. L'examen montre, en effet, des signes sympathiques de grossesse du côté des seins. La palpation de l'abdomen ne révèle aucun changement dans le plastron de la fosse iliaque droite, mais la palpation de la cavité pelvienne est très douloureuse. Le toucher vaginal montre le cul-de-sac de Douglas rempli et un utérus légèrement augmenté de volume et refoulé en avant.

Le diagnostic de grossesse tubaire rompue est porté, la malade n'est pas en état de shock, la température est à 37°, le pouls à 120, pas de signes graves d'hémorragie interne.

Le lendemain matin, M. Launay examine la malade. L'état général s'est aggravé, le faciès est anxieux, les lèvres décolorées,

la température à 36°7, le pouls à 140. A la palpation, derrière les muscles droits tendus et au niveau de la cavité pelvienne, on sent une masse dure remontant sur la ligne médiane jusqu'à l'ombilic, débordant à droite et à gauche en cœur de carte à jouer, faisant saillie surtout à gauche et allant rejoindre le plastron du côté droit. Au toucher, on trouve le col de l'utérus plaqué contre la symphyse et une collection rénitente remplissant le Douglas.

En présence du plastron d'appendicite, l'intervention rendue nécessaire par la persistance de l'hémorragie tubaire se présentait dans des conditions délicates.

Opération : laparotomie médiane sous-ombilicale. On tombe sur un utérus gros, adhérent par son fond à l'épiploon ; cette adhérence forme un véritable rideau continu. Incision de cette adhérence le long du fond de l'utérus. Cette incision conduit sur une poche gauche limitée en haut par l'intestin, l'épiploon et des adhérences. Cette poche est remplie de caillots qu'on enlève à pleine main et au milieu desquels on trouve un fœtus mâle de 13 centimètres de long, des débris de trompe et de placenta.

L'hémorragie continuait pendant qu'on enlevait les caillots ; ceux-ci enlevés, on s'aperçoit que la trompe gauche était rompue à sa partie moyenne. On pince la trompe pour arrêter l'hémorragie et on s'occupe des annexes droites. En les cherchant pour en reconnaître l'état, M. Launay rencontre une poche enkystée, remontant sous la région hépatique derrière le cœcum et le colon, remplie de caillots plus anciens qu'à gauche ; cette poche est vidée de ses caillots. Au milieu d'eux on trouve, à la grande surprise de tous, deux fœtus de 12 centimètres de longueur, des débris de trompe et un placenta collé contre le cœcum et relié aux fœtus par deux cordons rompus. La trompe droite est rompue près de l'utérus.

On ne recherche pas l'appendice situé au milieu des adhérences nombreuses de l'intestin : hystérectomie subtotal. Péritonisation au niveau du col. Drainage vaginal et abdominal. Guérison.

Dans ce cas particulier, les cliniciens ont rencontré de sérieuses difficultés, et il semble ressortir de la lecture de

cette observation qu'ils ont souvent hésité à se prononcer. Ce qui a surtout retenu leur attention, c'est le plastron péritonéal de la fosse iliaque droite ; sur ce signe ils ont basé le diagnostic d'appendicite.

Certes, le gâteau péritonéal est l'exception dans la grossesse ectopique, il suppose une lésion grave, une température élevée et une marche clinique rapide. Or, chez cette malade, c'est tout le contraire.

Un fait troublant, c'est l'éclosion de l'ictère très prononcé. Cet ictère est relativement fréquent dans l'appendicite, il est exceptionnel dans la grossesse, même rompue, et dans ce cas il est peu intense.

A cet ictère fait suite une parotidite suppurée. D'emblée, cette affection intercurrente éloigne totalement de l'esprit du clinicien l'idée de grossesse pour le rapprocher du diagnostic d'appendicite.

Nous avons tenu à signaler tous ces phénomènes pour montrer qu'en clinique il n'y a rien d'absolu, mais aussi que la base d'un diagnostic de la meilleure probabilité est la discussion méthodique de tous les symptômes, avec appréciation des signes cliniques à leur juste valeur.

Il nous reste à examiner *l'état général* des malades. Les troubles de l'état général donnent dans l'appendicite septique diffuse, comme dans l'inondation péritonéale, l'impression d'une affection générale très grave. Malgré cette ressemblance, nous ne devons pas oublier que l'appendiculaire est une infectée, la femme enceinte et blessée une exsangue. L'état général est fonction de cette différence.

A propos de la douleur, nous avons signalé l'état syncopal dans la grossesse ectopique ; mentionnons l'état d'euphorie possible dans l'appendicite.

En résumé : après recherche et examen de tous les signes cliniques, il nous semble possible, si on attribue à chaque symptôme sa juste valeur, d'écarter le diagnostic d'appendicite quand il s'agit de grossesse extra-utérine.

B). — Diagnostic d'association.

Pour diagnostiquer une appendicite, nous avons pris comme point de départ les caractères cliniques de cette affection. Pour arriver à montrer qu'une femme atteinte d'appendicite fait en même temps une grossesse extra-utérine, nous allons nous baser sur les symptômes de cet accident.

Il est évident que les signes de la grossesse ectopique que nous allons passer en revue doivent encore servir de moyens de diagnostic différentiel. Nous n'en avons pas parlé dans le paragraphe précédent pour éviter des répétitions.

Faut-il faire entrer en ligne de compte *l'âge des malades*? Nous répondrons oui et non. L'âge des malades n'a aucune importance quant à la possibilité d'une grossesse; la femme en âge de se marier peut avoir des enfants et cela jusqu'à 50 ans, c'est-à-dire jusqu'à l'époque de la ménopause. Cependant, l'âge relativement avancé paraît avoir été pris en considération pour rejeter le diagnostic de grossesse extra-utérine. Nous en voulons comme preuve l'observation suivante.

OBSERVATION V (Docteur René Villar.)

Il s'agit d'une femme de 40 ans qui présente, depuis 8 ans, des crises douloureuses dans la fosse iliaque droite, parfois accompagnées de vomissements et de température, le tout disparaissant en quelques jours sous l'influence de la glace et du repos pour reparaitre périodiquement.

Il y a 8 ans, la malade a fait un accouchement normal. Depuis, les règles sont normales. Pas de pertes. Arrêt des règles depuis deux mois. Le médecin traitant, consulté, pense qu'il s'agit d'accidents liés à la ménopause.

Il y a trois semaines, nouvelle crise douloureuse au niveau de la fosse iliaque droite avec température, quelques vomissements et de la constipation. Ces phénomènes disparaissent rapidement comme à l'ordinaire, mais la malade continuant à souffrir discrètement dans la région appendiculaire entre dans le service du Professeur Villar.

A ce moment, l'état général est très bon, la température normale, les phénomènes douloureux peu accentués. L'examen complet est renvoyé au lendemain matin.

La palpation, rendue difficile par l'embonpoint de la malade, ne révèle alors qu'un peu de sensibilité au point de Mac Burney. Aucun signe péritonéal pathologique du côté des organes génitaux, en dehors de l'arrêt des règles ci-dessus mentionné. Au toucher vaginal, on trouve un utérus gros déjeté à gauche et en avant, élevé et parfaitement mobile. Le col, en haut et en arrière, présente une consistance ordinaire. Rien d'anormal du côté du cul-de-sac antérieur et du cul-de-sac postérieur, mais tout à fait au bout du doigt on perçoit, au fond du cul-de-sac droit, une masse d'apparence rénitente, très haut située, à contours difficilement délimitables, même avec le palper abdominal combiné.

Le toucher fut pratiqué avec douceur, la malade mourut en pleine lipothymie moins de quinze minutes après sans qu'on ait eu le temps d'intervenir pour essayer de la sauver.

Autopsie : l'autopsie montra qu'il s'agissait d'une grossesse tubaire droite. Mais, de plus, elle révéla l'existence d'un appendice rétro-cœcal, long, gros, coudé, fixé dans la fosse iliaque droite et tirant par une bride épaisse et courte sur la trompe droite dans laquelle s'était développée la grossesse ectopique. Celle-ci apparaissait en conséquence sous forme d'une masse située au niveau du détroit supérieur, à l'extrémité postérieure du diamètre oblique antérieur gauche et rejetant l'utérus à l'extrémité antérieure du même diamètre.

L'approche de la ménopause, la situation très élevée de la grossesse ectopique et la coexistence de l'appendicite avaient permis à cette grossesse d'évoluer sous le couvert de cette dernière affection qui, d'ailleurs, n'était certainement pas étrangère à la formation de la grossesse extra-utérine.

La question de la mort de cette malade est absolument hors de discussion ; l'accident, regrettable en lui-même, aurait pu arriver à n'importe quel autre moment. Pour l'éviter, il faudra pouvoir faire à coup sûr le diagnostic de grossesse extra-utérine, et, dans ce cas, nous le rappelons, l'âge de la malade ne doit pas entrer en jeu. Une femme de 40 ans approche de la ménopause, mais elle peut encore avoir des enfants. La malade de Legueu avait bien 48 ans !

En matière de grossesse, normale ou autre, ni l'âge, ni le rang social, ni la profession, ne doivent être pris en considération.

Les petits signes de la grossesse sont d'une importante capitale. Une femme qui souffre manifestement d'appendicite peut avoir un retard de règles, mais il n'est pas rare que le médecin en soit le dernier averti : la suppression des règles peut être due simplement à l'appendicite ; dans le cas où elle est connue du médecin, l'attention de celui-ci sera éveillée du côté de la grossesse, il en recherchera alors tous les signes avec une insistance plus grande encore. Toute femme en âge d'avoir des enfants et accusant un retard de règles doit être considérée comme susceptible d'être enceinte.

L'examen des seins doit être fait immédiatement ; il révèle souvent la présence du colostrum.

L'examen local doit confirmer les recherches précédentes. Très souvent l'utérus est augmenté de volume, même s'il ne renferme pas l'œuf. L'augmentation de volume de l'utérus est accompagnée de ramollissement du col ; cependant la règle n'est pas absolue. Le col reste généralement fermé.

Localement, on trouve très souvent un symptôme important, souvent indiqué par la malade : l'écoulement par le vagin d'un liquide rosé et sanguinolent n'ayant pas le caractère habituel des règles normales. Dans ce cas, pensons à un avortement tubaire.

Le toucher vaginal terminera notre examen clinique et restera souvent négatif. Une grossesse extra-utérine, tubaire

au début et haut située, peut ne pas être perceptible au toucher; il en est de même s'il y a rupture avec inondation.

Mais quand l'œuf est assez gros pour donner à la trompe un volume appréciable, ou bien lorsque cette trompe est distendue par un épanchement hémattique, le toucher permet de reconnaître une masse annexielle juxta-utérine, mais le plus souvent nettement indépendante de la matrice. Cette masse siège dans le bassin, est perceptible dans un ou plusieurs culs-de-sacs vaginaux, et le palper, combiné au toucher, permet d'en apprécier les dimensions et les rapports.

Lorsque, à la suite de la rupture, le sang s'est épanché dans les parties déclives du bassin et plus particulièrement dans le cul-de-sac de Douglas, le toucher vaginal complété par le toucher rectal fourniront des données cliniques de la plus haute importance, et cela d'autant plus que des adhérences auront permis l'enkystement de la tumeur hémattique.

Nous voudrions terminer ce paragraphe de l'association de la grossesse extra-utérine et de l'appendicite par un mot sur *les grossesses extra-utérines « anormales »*.

Dans le chapitre de la pathogénie, nous avons rapporté l'observation de Stewart qui est un cas d'association de grossesse extra-utérine gauche avec appendicite à gauche. Mais on a publié des observations où la grossesse ectopique gauche a été confondue avec l'appendicite. Leguen, notamment, a rapporté deux cas semblables où rien ne permit de penser à une grossesse gauche. Nous savons d'ailleurs, dans ce cas, que les symptômes peuvent être à droite et la lésion à gauche. Dans le cas de Launay, qui rentre dans le même cadre, les douleurs étaient très nettes à gauche. Nous pensons, d'une façon générale, qu'une lésion gauche se manifeste par quelques symptômes cliniques dont la recherche attentive est suffisante pour faire le diagnostic.

OBSERVATION VI (Professeur Chavannaz.)

M^{me} X..., 35 ans, sans antécédents personnels et héréditaires, est réglée normalement le 13 juin 1906; en juillet, suppression des règles. Au commencement d'août, des vomissements apparaissent, faisant soupçonner une grossesse. A la fin du mois, à la suite de manœuvres intra-utérines, M^{me} X... est prise de douleurs dans le ventre et d'une perte sanguine abondante par le vagin. Au milieu des caillots, on découvre un fœtus de 7 centimètres environ de longueur.

Le 21 août, subitement, la malade perd connaissance. Le médecin, appelé, la trouve le visage pâle avec un pouls à peu près imperceptible, le ventre extrêmement douloureux, la température au-dessous de la normale. La malade est traitée par le repos absolu, les injections de caféine, sérum, morphine et par des applications de glace sur le ventre. Elle reste ainsi pendant 24 heures entre la vie et la mort.

Appelé en consultation par notre confrère, celui-ci pense qu'il s'agit d'accidents appendiculaires. Au moment de notre examen, le pouls est bon et à 140, le visage très pâle. Tout le ventre est douloureux, plus particulièrement peut-être au creux épigastrique et dans la fosse iliaque droite. Le toucher rectal ne donne aucune indication importante, pas plus que le toucher vaginal. Le col est fermé, les culs-de-sac ne sont pas effacés. Nous restons alors dans le doute entre une appendicite et une grossesse tubaire rompue.

Le traitement déjà institué est continué. Peu de modifications. Il s'installe alors un léger écoulement de sang noirâtre par la vulve. L'utérus reste mobile, mais on trouve alors au toucher une légère tuméfaction siégeant en arrière de celui-ci. Notre diagnostic de grossesse tubaire rompue se précise. La tuméfaction augmente progressivement, coiffant l'utérus, s'étendant de chaque côté et bombant un peu dans le cul-de-sac postérieur.

Opération : 12 septembre 1906. — Laparotomie médiane. Les anses intestinales réclinées, on aperçoit une masse rouge noirâtre occupant la partie inférieure de l'abdomen et recouvrant l'utérus. Hystérectomie subtotale. On peut extraire de vieux caillots sanguins comme ceux rencontrés dans les héma-

tocèles. Grâce au jour donné par l'hystérectomie, on peut aborder les annexes gauches; la trompe, augmentée de volume, contient une masse rouge noirâtre des dimensions d'un œuf de poule, le tiers interne a conservé son volume normal, le tiers externe présente une déchirure de 2 centimètres. Les annexes droites sont enlevées.

Drainage vaginal par le col fendu au thermocautère. Suture du colon pelvien au péritoine vésical. Drainage abdominal. Fermeture.

Suites normales ; la malade quitte l'hôpital quatre semaines après.

Pour terminer le chapitre du diagnostic, il nous reste à mentionner brièvement les affections avec lesquelles une confusion paraît possible.

La salpingite aiguë ou chronique, très souvent associée à l'appendicite, « le flirt appendiculo-salpingien » se présente avec une allure clinique à peu près identique. Mais dans le cas de salpingite, les antécédents de la malade parlent d'infection, la masse annexielle est douloureuse, il y a de la fièvre, les signes de grossesse font défaut.

Dans certaines conditions, un kyste de l'ovaire à pédicule tordu peut être pris pour une grossesse tubaire. Cette torsion du pédicule est souvent accompagnée d'une douleur tellement intense que la malade perd connaissance. Si l'on examine alors la malade, on trouve le kyste semblable à l'hématocèle enkystée, mais c'est là le seul signe commun.

Dans les cas d'ulcères perforés de l'estomac ou du duodénum, il y a péritonite suraiguë ou abcès sous-phrénique avec sensation brusque de déchirure et douleur épigastrique intense, disparition de la matité hépatique remplacée par de la sonorité, contracture de défense des muscles de la paroi surtout dans la zone épigastrique. La recherche des symptômes antérieurs nous sera d'un précieux secours : symptômes de dyspepsie hyperchlorhydrique et parfois hématomésés. Ni fièvre, ni leucocytose.

V

Complications. — Pronostic. — Traitement.

L'association de la grossesse extra-utérine et de l'appendicite constitue en principe pour chacune de ces deux affections une véritable complication.

L'appendicite complique la grossesse extra-utérine par le danger constant d'infection de l'œuf, ou de l'hématosalpinx, ou de l'hématocèle. D'autre part, l'apparition d'une grossesse extra-utérine au cours de l'appendicite ne peut qu'aggraver cette dernière. De toutes manières, le danger principal dépendra des complications mécaniques d'avortement et, plus particulièrement, de la rupture.

Bien entendu l'appendicite, maladie trahissante par excellence, constituera dans tous les cas par sa seule présence un caractère de gravité exceptionnelle.

Allen a publié un cas semblable : la malade examinée avait une appendicite gangréneuse, un pyosalpinx rompu et une grossesse extra-utérine gauche. Les observations de Launay et de Chavannaz, où la grossesse est bilatérale, constituent également des complications.

Le pronostic d'une association entre appendicite et grossesse extra-utérine est plus sérieux que si la grossesse anormale existait seule, la femme est toujours exposée aux dangers très graves d'une hémorragie interne. L'appendicite chronique y apporte peu de troubles, l'appendicite suppurée et gangréneuse ajoute à l'hématocèle le danger de l'infection.

L'appendicite, même en dehors des crises aiguës, peut bloquer la trompe droite par la formation d'adhérences, la couder et favoriser ainsi la formation d'une grossesse ectopique, assombrissant considérablement le pronostic.

Sur nos 35 observations, nous ne relevons qu'un seul cas de mort, ce qui est surprenant quand on pense à la gravité de la grossesse extra-utérine, aussi n'en tirerons-nous aucune conclusion, par ce fait que les cas malheureux ne sont pas toujours publiés.

De toutes façons, l'affection exige un traitement unique : *l'intervention chirurgicale.*

Il est impossible de préciser la nature de cette intervention, car le chirurgien devra s'inspirer des circonstances variables avec chaque malade. Disons d'abord que l'incision doit être la laparotomie large médiane et sous-ombilicale. Elle seule permet de voir clair, de se rendre compte de l'étendue des lésions et de régler l'intervention. Quand on a commis une erreur de diagnostic et pratiqué une incision latérale pour tomber sur une hématoécèle au lieu de trouver une appendicite, la conduite à tenir est à notre avis de refermer immédiatement et de pratiquer une nouvelle incision, médiane cette fois. Segond, Legueu, Pothérat, Aguinet et d'autres ont prolongé l'incision latérale droite, l'intervention fut plus ou moins difficile. Legueu se plaint des difficultés énormes qu'il a rencontrées en appliquant cette méthode. Témoin, par contre, a fermé l'incision latérale et ouvert sur la ligne médiane.

L'abdomen ouvert, on se rendra compte de l'état des viscères :

1° Si la situation est très grave, n'avoir qu'un but : arrêter l'hémorragie ; puis, s'il y a du pus : drainer ;

2° Si le cas est moins pressant, on enlèvera l'appendice à moins que la recherche de cet organe n'entraîne la rupture d'adhérences constituant un obstacle naturel à l'infection de la grande séreuse péritonéale.

Souvent l'appendice est enfoui dans des adhérences et sa recherche ne se recommande pas. La lésion annexielle seule importe. On évacuera le sang et les caillots et on pratiquera la salpingectomie. L'hystérectomie sera rarement indiquée ; elle n'a d'utilité que s'il y a grossesse bilatérale ou lésion annexielle double.

L'appendice sera enlevé seulement à la fin de l'intervention sur les organes génitaux, et cela uniquement dans le but d'éviter l'infection toujours à craindre en pareille circonstance.

Enfin, en règle générale, et en dehors de circonstances spéciales, il est recommandable :

1° Quand on opère une malade présentant une grossesse anormale, de toujours enlever l'appendice, à moins que la durée de l'opération ne soit excessive ;

2° Quand on intervient pour une appendicite chez une femme, de toujours vérifier l'état anatomique des annexes et, s'il y a lésion, leur appliquer le traitement que les circonstances commandent, notamment dans le but de parer aux dangers d'une grossesse extra-utérine.

CONCLUSIONS

- I. — La coexistence d'une appendicite et d'une grossesse extra-utérine est rare.
- II. — L'appendicite, par la formation d'adhérences, peut immobiliser la trompe, la couder ou la fixer vicieusement et empêcher ainsi la migration normale de l'ovule fécondé.
- III. — Cliniquement, chacune de ces deux affections présente une symptomatologie différente :
L'appendicite évolue avec ses signes propres qui sont ceux d'une péritonite plus ou moins marquée.
La grossesse ectopique non compliquée est apyrétique et se traduit par un syndrome génital bien connu. Son évolution habituelle conduit à la rupture puis à l'hématocèle.
- IV. — Le diagnostic différentiel de ces deux affections n'est pas toujours facile, et leur coexistence est souvent impossible à affirmer.
- V. — Le pronostic de la grossesse extra-utérine se trouve aggravé du fait de la menace d'infection à point de départ appendiculaire.
- VI. — Le traitement chirurgical s'impose d'urgence et comprend l'ablation des organes malades : salpingectomie unilatérale et appendicectomie. L'incision de choix est la laparotomie médiane et sous-ombilicale.

Si un doute existe dans l'esprit du clinicien quant à la précision du diagnostic, la malade sera mise en observation dans un milieu chirurgical.

VII. — Dans toute intervention pelvienne chez la femme, il y a nécessité absolue de constater l'état anatomique et pathologique des organes génitaux internes et de l'appendice et d'agir en conséquence.

VU, BON A IMPRIMER :

Le Président,

PRINCETEAU.

Vu :

Le Doyen,

C. SIGALAS.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 11 Février 1924.

Le Recteur de l'Académie

F. DUMAS.

BIBLIOGRAPHIE

AGUINET. — Thèse de Paris, 1903.

ALLEN. — *Kentucky Méd. Journ. Bowling Green*, 1911, t. 9,
p. 899.

BERTELSMANN. — *Medezinische Klinik*, 1910, t. 6, p. 1859.

BEVAN — *Surgery Clin.*, Chicago, 1918, t. 2, p. 65.

BONIFAZI. — Thèse de Lausanne, 1912.

CATHOMAS. — *Beitr. Z. Clin. Chir.*, 1909.

CAZIN. — *Paris Chirurgical*, 1910, t. 2, p. 109.

CELOS. — Thèse de Paris, 1902.

CHATON. — *Archives médico-chirurgicales de Province*, 1913.

CHAVANNAZ. — *Journal Médical Français*, 1908, t. 2, p. 715.

CHEVALIER. — Société de Chirurgie, 1902, p. 923.

DUVERGEY. — *La Gynécologie*, 1912, t. 16, p. 239.

FESQ. — Thèse de Paris, 1911.

GASBARRINI. — *Riforma Médica*, 1910, p. 80.

HILL. — *Australas Méd. Gaz.*, Sydney, 1914, t. 35, p. 503.

LAUNAY et SEGUINOT. — *Revue de Chirurgie*, 1911, p. 401.

LEGUEU. — Société de Chirurgie, 1902, p. 923.

PERAIRE. — *Paris Chirurgical*, 1919, p. 70.

POTHÉRAT. — Société de Chirurgie, 1902, p. 1103.

STEIN. — *Médical Record*, 1917, p. 1008.

STEWART. — *Britisch Méd. Journal*, 1913, t. 1, p. 1321.

TÉMOIN. — Congrès de Chirurgie, 1903.

VENOT. — *Gazette Hebd. de Bordeaux*, 1912, p. 368.

VILLAR (R.) — Société Anatomoclinique de Bordeaux, 1922.

